

[Nom de l'organisme complémentaire]

[Identification de l'organisme complémentaire]

A **[Ville]**, le **[Date]**

Destinataire

[Civilité] [Nom et Prénom de l'assuré]

[Coordonnées de l'assuré]

Objet : Attestation en vue du bénéfice du remboursement d'une partie des cotisations de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les frais de santé des agents civils et militaires de l'État

Je soussigné, **[Nom de l'organisme complémentaire]** enregistré **[Données d'enregistrement de l'organisme complémentaire]**, atteste que :

- **[Civilité] [Nom (nom de naissance et nom d'usage) et Prénom de l'assuré]**
- **N° Sécurité sociale de l'assuré :**
- **Date de début du contrat :**

est ayant droit du **contrat N° []**. Cette personne est couverte par un contrat d'assurance maladie complémentaire santé, **solidaire et responsable**, conformément à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

Ce contrat couvre les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident, et respecte les conditions prévues au II de l'article L. 862-4 et à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et que sa couverture ne fait pas l'objet à titre individuel d'une participation financière de l'employeur du titulaire du contrat.

Le montant des cotisations versées au titre de la couverture de **[Civilité] [Nom et Prénom de l'assuré]** s'élève à **[Montant en euros] [Par an / Par mois]**. Le bénéficiaire est couvert par le contrat susmentionné depuis le **[date]**.

Cette attestation est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

[Signature]

[Cachet de l'organisme complémentaire]